Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 1 - 1980

VOORWOORD

EEN VLAG...

EEN LADING...

Dit nummer staat volledig in het teken van het aanstaande Europees Congres van de Katholieke Geneesheren Associaties dat doorgaat met O. H. Hemelvaart op de Heizel van 14 tot 17 mei 1980 ondervoorzitterschap van Dr. MARCHANDISE.

Dr. Jean KLUYSKENS leidt de vergaderingen en schreef de inleiding voor dit nummer

Om de actualiteit van de verschillende onderwerpen te beklemtonen geven we een samenvatting van de uiteenzetting van Prof. Querido : « De Veranderende rol van de gezondheidszorg in Nederland » op de cursus van 20 december 1979 over « Medische informatie en media », die ingericht werd door de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde.

Het internationaal congres, met tentoonstelling, MEDICA, te Düsseldorf, van 21 tot 24 november 79 stond in het teken van « De Rechten van de Patiënten, De Kunst om te Lijden en de Geneesheer ». Deze basisproblemen der geneeskunde hebben altijd bestaan en werden beschreven door Hammurabi (1728 - 1686 vóór Christus) en Hippokrates (460 - 377 voor Christus). Iedere periode werd echter gekenmerkt door een eigen zeer specifieke filosofie. Een politiek die beïnvloed werd door de Kerk, de Politiek, de Gemeenschap en niet het minst door de geneesheren.

Gerard VANDENBERGHE.

Het Europees Congres van de Katholieke Geneesheer Associaties (F.E.A.M.C.) te Brussel van 14 tot 18 mei 1980

Op de vergadering van de gedelegeerden van de Europese Groepering van Katholieke Geneesheren te Parijs op 25.03.1979, werd als thema voor het 4de Congres van de F.E.A.M.C. het onderwerp : « De Katholieke Geneesheer Vandaag » gekozen.

Katholiek, eerder dan Kristen, op aandringen van de gedelegeerden van de landen met protestantse meerderheid, welke op hun « Katholiek zijn » de nadruk willen leggen.

Waarom dit onderscheid ?

Is de katholieke geneesheer beter ? Ziet hij de zieke anders, benadert en helpt hij hem met een andere levensvisie ?

Het Congres zal door zijn uitgebreid programma deze vraag belichten.

Zonder in details van de organisatie te treden, welke U anderzijds gekend zijn, zullen we U de thema's herhalen en de sprekers citeren.

Wie twijfelt aan het nut, aan de efficiëntie van Sint Lukas waar het naar buiten treedt.

Wie twijfelt aan de rol van St. Lukas in de vorming van de katholieke geneesheer.

Welke is de rol van de Katholieke intellectuelen, in de pluralistische permissieve maatschappij.

Ik citeer graag een passus van de toespraak van Paus Johannes-Paulus II aan de Internationale groepering van Katholieke Mannen, UNUM OMNES, op 28 oktober 1978.

« Il est capital, déclare le Pape, que votre fédération garde le souci de donner à ses membres la formation appropriée pour qu'ils puissent assumer pleinement leurs responsabilités de laïcs, car, dans le monde menacé par la sécularisation, ils doivent mener une action séculière chrétienne, cherchant le règne de Dieu à travers la gérance des choses temporelles . . . ».

Dat deze oproep gehoor vinde.

Moge het Europees Congres van de F.E.A.M.C. aan onze katholieke geneesheren nieuwe moed, nieuwe energie inblazen; en optimisme.

Moge de aansluitingen talrijk zijn, dat de belangrijke buitenlandse delegaties in ons land een gul onthaal mogen genieten en dat we ons land eer aandoen.

Dr. J. KLUYSKENS,

Voorzitter van de vergaderingen.

PROGRAMMA

Donderdag 15 mei 1980 : voormiddag :

Thema : Betekenis van de mens.

1. Pater Riquet s.j. (Frankrijk) - Zin van het leven.
2. Dokter Jolivet (Frankrijk). Lid van de Europese Raad « Mensenrechten in Internationaal Recht ».
3. Dokter Kieler (Denemarken) - De geneesheer in een pluralistische maatschappij.

's namiddags : Rechten van de mens op zijn leven en zijn dood.

1. Professor P.P. Druet (Namen) - Filosofisch en religieus standpunt.
2. Professor Beretta (Italië) - Geneeskundig standpunt.
3. Professor Renaer (Leuven) - Euthanasie in theorie.
4. Dokter Abiven (Frankrijk) - Euthanasie in praktijk.
5. Dokter Auer (Duitsland) - Problemen van orgaantransplantatie en zelfmoord.

Vrijdag 16 mei 1980 :

voormiddag : Geneesheer en wetgeving in een pluralistische maatschappij.

1. Professor Dierkens (Gent).
2. Professor Oswald (Portugal).
3. Professor U. Teodori (Italië).
4. Dokter Stuwart Mason (Engeland).
5. Professor Brandenbourg (Duitsland).
6. Professor Claude Laroche - Dokter René (Frankrijk).

's namiddags : Plichten van onthaal en hulp.

1. Eerwaarde Zuster Geert Heleven (Gent) - Zwangeren in nood - adoptie.
2. Dokter Gontard (Frankrijk) - Luisteren naar de zieken.
3. Professor Heinrich (Duitsland) - Verhouding zieke - geneesheer.
4. Dokter Vasseur (Frankrijk) - Hulp aan ouden van dagen.
5. Eerwaarde Heer Gerratz (Bressou) - Hulp aan verwaarloosde jeugd.
6. Dokter Antonelli (Italië) - Hulp aan jonge toxicomanen.
7. X. . . (Duitsland) - Hulp aan stervenden.

DE VERANDERENDE ROL VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

In de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden wordt door de « **Boerhaave commissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde** » studiedagen ingericht. **Medische informatie en media** was de cursus op 20 december 1979.

Prof. A. Querido van het academisch ziekenhuis te Leiden, afdeling endocrinologie gaf een zeer merkwaardige uiteenzetting over « De veranderende rol van de gezondheidszorg » in Nederland.

Het verbaast Prof. Querido dat over dit interessante onderwerp « de gezondheidszorg als geheel » zelden of nooit iets in de publiciteit komt, terwijl doelstellingen, de organisatievorm en de kosten van de gezondheidszorg in werkelijkheid een centraal probleem van onze samenleving zijn. Immers, genoemde vraagstukken hangen nauw samen met **welzijnszorg** en gaan daarom iedereen aan. De omvang van deze gezondheidszorg, diensten en goederen omvatten bijna 10 % van het nationale produkt, terwijl 5 à 6 % van de werkende bevolking in haar dienst werkt.

Een te geringe belangstelling voor het onderwerp vindt Prof. Querido verklaarbaar. Immers, slechts een klein deel van de bevolking voelt zich gelijktijdig ziek, en 80 % hiervan neemt zelf maatregelen. De overige 20 % bezoekt een huisarts, die daarvan ongeveer 20 % naar de specialist verwijst. Deze laatste neemt daarvan een klein deel in het ziekenhuis op. Er komt dus dagelijks slechts een uiterst kleine groep in aanraking met het totale zorgsysteem. Het ingewikkelde apparaat zelf blijft onzichtbaar.

Uit kontakten met de pers is Prof. Querido gebleken dat de opvatting wordt gehuldigd vooral « **nieuws** » te moeten brengen. En dit nieuws zijn dan vooral zaken die ergens mis gaan, in de gezondheidszorg. Zo een huisarts driemaal per week 's nachts geconsulteerd wordt, dan zijn dat 20.000 nachtelijke consulten per jaar in Nederland. Zelden komt dit in het nieuws, tenzij er iets misloopt.

Tegen een dergelijke berichtgeving is er geen bezwaar, want het heeft misschien zelfs een preventief effect. Doch de werkelijke problematiek van de gezondheidszorg speelt zich af op het **structureel vlak.** Prof. Querido zou het heel nuttig vinden indien daarover meer berichtgeving zou komen. Het is vanzelfsprekend een zeer complex terrein, doch goede journalisten wagen zich wel over het onderwijsstelsel dat evenals de gezondheidszorg een dienstensektor van de samenleving is te spreken.

De gezondheidszorg wordt in drie sektoren ingedeeld :

1. de **algemene of maatschappelijke gezondheidszorg.** Deze houdt zich bezig met water, voeding, vaccinaties, milieuvraagstukken, jeugdzorg, enz.
2. gezondheidszorg in de ziekenhuizen.
3. eerste lijns geneeskunde, huisartsengeneeskunde die nauw moet samenwerken met de medisch sociale dienstverlening.

Alle drie sektoren ondergingen de laatste 20 - 30 jaar ingrijpende ontwikkelingen.

Evolutie **huisartsengeneeskunde.**

De evolutie in het verzekeringsstelsel in Nederland plaatst de huisarts aan de toegangspoort tot de gezondheidszorg en tot de medisch sociale voorzieningen.

Iedereen die zich ziek gevoelt kan, of moet, bij hem aankloppen. Zij die aankloppen vormen een « **patientenmix** » die in drie kategorieën kunnen ingedeeld worden naar de begrippen in het Engels : « **disease** » (ziekte), « **ilness** » (zich ziek voelen) en « **sickness** » (in de ziektewet).

Disease. ZIEKTE.

Onder ziekte verstaat men, in de medische wereld, het vinden van aantoonbare afwijkingen bij de patient. Prof. Querido vestigt de aandacht erop dat wanneer de patiënt zich ziek gevoelt dit niet noodzakelijk wil zeggen dat er aantoonbare afwijkingen bij een patient te vinden zijn. Soms willen geneesheren, te vroeg, de ziekte uitsluiten door zich te laten verleiden door teveel diagnostische middelen.

Illness. ZICH ZIEK VOELEN.

Iemand kan zich ziek voelen omdat hij zich moeilijk kan aanpassen aan huiselijke problemen of aan sociale omstandigheden.

Sickness. IN DE ZIEKTEWET.

Zich ziek voelen, zonder dat de huisdokter een echte ziekte kan vaststellen, maar sociaal niet verder functioneert komt in de ziekteverzekering terecht. Prof. Querido stelt de vraag of zij die zich ziek voelen wegens problemen van sociale aanpassing wel bij de geneesheer moeten terecht komen. Hun aantal is sterk toegenomen. Prof. Querido wijst erop dat, ter gelegenheid van het bezoek aan de

huisarts, dat sociale problemen vaak worden **gemedicaliseerd** en met geneesmiddelen behandeld.

Ten tijde toen de patiënt aan de geneesheer geld moest betalen voor zijn gezondheidszorg en toen de ziekteverzekering maar een klein pakket dekte dan vormden het aantal patiënten met aantoonbare afwijkingen, met een echte ziekte, een groter deel van de patiëntenmix.

Ziekenhuizen.

De ontwikkeling van inzicht in de ziekte, het beschikbaar komen van effektieve geneesmiddelen en de veel grotere mogelijkheden van diagnostiek en ondermeer van heelkundig ingrijpen, hebben ertoe geleid dat de technologie in de ziekenhuisgeneeskunde een groot accent heeft gekregen. Prof. Querido wijst op de levensgrote problemen die zich hierbij voordoen. Is het voldoende het leven te verlengen zonder acht te slaan op de kwaliteit van het leven na de behandeling, of is de zorg voor de zieke mens de eerste doelstelling ? Wie is hier de arbiter ?

Kostenevolutie.

Kunnen de kosten van de gezondheidszorg, die mede het gevolg zijn van bovengenoemde aspekten, en die door de samenleving worden opgebracht, **onbeperkt** zijn ? Er zijn aanwijzingen dat iedere samenleving, en zeker wanneer de economie minder voorspoedig gaat, hiertegen bezwaar maakt. Dit is een nieuw element van de laatste 20 à 30 jaar : er ontstaat een **nationale verantwoordelijkheid** van de overheid, die tot taak heeft een zo goed mogelijke **structuur** van de gezondheidszorg na te streven, werke kwaliteit zo veel mogelijk garandeert, echter **binnen de gegeven economische mogelijkheden.** Het is duidelijk dat deze nationale verantwoordelijkheid in **conflict** kan komen met de **individuele verantwoordelijkheid van de geneesheer** die alles wil doen voor de **individuele patient.**

Prof. Querido wijst op de belangrijke ervaring die leert dat met het totale budget dat een **niet gestructureerde** gezondheidszorg verbruikt (zoals in Nederland grotendeel het geval is) meer kan worden gedaan wanneer door structurering dupliceringen van investeringen en personeel worden voorkomen. In dit licht noemt Prof. Querido de recente berichten van eigen bijdrage zo discutabel omdat een poging tot **zindelijke structurering** van de gezondheidszorg nog niet is ondernomen.

Het is de stellige overtuiging van Prof. Querido dat de berichten die de media als nieuws zien, grotendeels voortkomen uit **knelpunten**

die het gevolg zijn van onvoldoende structuur en planning der Nederlandse gezondheidszorg. Men ontkomt in deze dienstensector niet aan planning zowel van middelen als van personeel.

Men kan de productie van geavanceerde hartchirurgie niet snel opvoeren omdat er planning van personeel nodig is die over jaren loopt. Men kan niet alles wat zich als nieuw aandient dadelijk in het verzekering pakket onderbrengen, alvorens orde op zaken te stellen bij alles wat er reeds is ! Onder **orde op zaken** te stellen wordt hier verstaan **doelmatigheid** en de **doeltreffendheid** te onderzoeken, in de hoop hierdoor fondsen vrij te maken voor nieuwe activiteiten. Aan de verspreidig van dit inzicht kunnen de media een grote bijdrage leveren.

Gerard VANDENBERGHE.

DE KUNST OM HET LIJDEN TE AANVAARDEN

KRITISCHE GEDACHTEN OVER DE GENEESHERENSTAND

RECHTEN VAN DE PATIENTEN

« De kunst om het lijden te aanvaarden én de geneesheer » werd behandeld door de socioloog Professor I. ILLICH, s.j. uit Guernava Mexico. Reeds enkele jaren geleden verwierf Pater Illich in Duitsland bekentheid met de provokerende vraag : « Maakt de Geneeskunde ons ziek ? ». Intussentijd werden de geniale, doch niet altijd realiseerbare, thesis van Pater Illich, ook in Duitsland in brede kringen besproken. Bij ons in België verwijzen de assistenten dr.jurs. Paul HERMANS en Luc LAMINE van de K.U.L. in hun artikel : « De aansprakelijkheid van het medisch team » (Rechtskundig Weekblad, november 1979), naar een werk van Prof. Ivan Illich : « LA NEMESIS MEDICALE ».

Professor SCHAEFER, Physiologisch Instituut te HEIDELBERG, handelde zonder vooroordelen over « Kritische gedachten over de geneesherenstand ». Het is goed dat geneesheren zich met deze kritiek inlaten, niet het minst in het voordeel van de patienten. De dagelijkse praktijk bewijst dat het vertrouwen van de patienten in de geneesheren en in de moderne geneesheren, zoals voorheen bewaard is gebleven. Alleen wanneer positieve gedachten over deze problemen ook uit de rangen van de geneesheren komen zal het gelukken dit vertrouwen en de geloofwaardigheid van de geneesherenstand te behouden, of daar waar verzwakt te herstellen. « Rechten van de patienten » werd behandeld door Professor U.P. HAEMMERLI, Stadshospitaal Triemli/Zurich. De werken van Prof. Haemmerli hebben aanleiding gegeven tot het uitwerken van richtlijnen bij hulp aan stervenden door de Zwitserse akademie voor wetenschappen. Reeds in andere landen dienen ze als basis voor discussie over dit zwaar probleem.

Over de rechten van de patienten heeft Prof. Urs Peter Haemmerli een uitgebreide die voordracht die hij op 10 januari 1979 te Bremen hield. Wij hopen dat dit basisdocument nuttig kan zijn.

Gerard VANDENBERGHE.

UIT "DIA VOORDRACHT"

van Prof. U.P. HAEMMERLI

RECHTSVERHOUDING ARTS ←——→ PATIENT

CONTRACT

OPDRACHT = BEROEPSPLICHT

van de patient — van de arts

VOLUNTAS AEGROTI

NON SALUS AEGROTI

SUPREMA LEX ESTO

Zwitserse richtlijnen 1976

II A

In verband met de behandeling moet de wil van de patient die — na degelijke voorlichting — tot oordelen in staat is gerespecteerd worden, ook wanneer deze niet met de medische indikaties overeenstemt.

Saikewicz-vonnis — Massachussets 1978

Het afwijzen van een behandeling mag niet gelijk gesteld worden met zelfmoord.

Het in de grondwet opgenomen recht op « privacy » is naar onze opvatting een uitdrukking van de onaantastbaarheid van het recht van ieder individu op vrije keuze en zelfbestemming als basiselementen van het leven. Uit deze opvatting volgt dat men de waarde van dat leven geenszins aantast wanneer men beslist een behandeling stop te zetten, echter wel wanneer men een persoon die wel degelijk tot oordelen in staat is verhindert zijn recht op zelfbestemming uit te oefenen.

RECHTSVERHOUDING ARTS — PATIENT

PATIENT ←——→ ARTS

CONTRACT

Primair beroepsplicht van de arts :

Genezen en levens redden.

Een opdracht wordt opgeheven wanneer zij niet uitvoerbaar is.

Secundaire beroepsplicht :

Verzachten van het lijden, bijstand, verzorging.

II D

Bij een stervende, doodzieke of levensgevaarlijk gekwetste patient

— wiens kwaal een onomkeerbaar-fatale wending heeft genomen

— die niet langer in staat is om, vanuit zijn eigen persoonlijkheid, een bewust en op zijn omgeving betrokken leven te leiden

zal de arts wel het lijden verzachten, hij is echter niet verplicht alle therapeutische mogelijkheden aan te wenden om het leven te verlengen.

(Secondaire medische beroepsplicht).

RECHTSVERHOUDING ARTS — PATIENTEN

PATIENT ←——————→ ARTS

CONTRACT

De opdrachtgever moet juridisch mondig, dit is tot oordelen in staat zijn.

Juridisch mondig is iedereen behalve :

— minderjarigen

— diegenen die onder voogdij staan.

Bewusteloze patienten zijn juridisch mondig.
De arts handelt volgens :

— de vermoedelijke wil van de patient (strafrecht)

— het principe van « beheer zonder opdracht » (burgerlijk recht).

Beheer zonder opdracht

« Hij die voor iemand anders een zaak beheert zonder daartoe opdracht te hebben gekregen is ertoe verplicht die zaak te beheren op zo'n manier dat die andere er voordeel kan bij hebben of zoals hij kan vermoeden dat deze het zelf zou doen of willen ».

Zwitserse richtlijnen **1976**

II B)

Wanneer een patient niet bij het bewustzijn is of om een andere reden niet tot oordelen in staat, dan moet de arts optreden in de hoger beschreven geest van « beheer zonder opdracht ». Hij laat zicht hierbij leiden door medische indikaties, maar ook door de vermoedelijke wil van de patient. In dit verband moeten ook mensen die de patient zeer na staan gehoord worden, maar juridisch ligt de uiteindelijke beslissing bij de arts.

RECHTSVERHOUDING PATIENT — ARTS



Plichten van de arts

- informatieplicht
- diagnose, d.w.z. na voldoende onderzoek, niet noodzakelijk 100 % feilloos
- therapie : de zekerste weg
- verantwoordingsplicht
- vervolmakingsplicht.

Aansprakelijkheid van de arts bij contractbreuk :

Motivering : aktief fout optreden, doen of nalaten.

Aansprakelijkheid : verplichting borg te staan voor onwettig toegebrachte schade.

Schade : objectief meetbare aantasting van vermogen : schadevergoeding.

Niet-materiële schade : genoegdoening.

RECHTSVERHOUDING PATIENT — ARTS



De essentie van de heelkunde is de ingreep : met scalpel, medicijn, raad. Elke ingreep in de lichamelijke integriteit van een medemens wordt strafrechterlijk als lichamelijk letsel beschouwd, wanneer die ingreep niet gebeurt in opdracht en met instemming van de patient.

Plichten van de patient :

— hij mag nietsondernemen wat het succes van de behandeling in gevaar zou kunnen brengen;

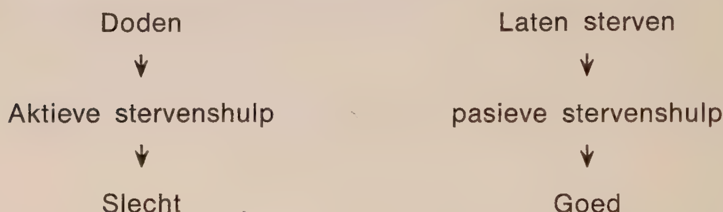
— hij mag de arts geen concrete bevelen geven inzake behandeling;

— hij is verplicht tot vergoeding, ook wanneer hij zijn opdracht voortijdig intrekt.

DEFINITIE VAN STERVENSHULP

vgl.

ARTSEN EN JURISTEN



DEFINITIE VAN STERVENSHULP

vgl.

KERK



DEFINITIE VAN ZIEKTE IN EINDSTADIUM

1. Moriturus

Dit begrip ligt op het terrein van de diagnose : basiskwaal met onbetwijfelbaar-dodelijke afloop, maar die onder bepaalde om-

standigheden en mits pijnstillende-therapie een goede levenskwaliteit gedurende meerdere jaren niet uitsluit.

2. Moribundus

Dit begrip ligt op het terrein van de prognose : de basiskwaal is relatief onbelangrijk maar ondanks volwaardige therapie stelt men in het ziekteverloop toch een voortdurende verslechtering vast zodat de dodelijke afloop te voorzien is.

Zwitserse richtlijnen, Kommentaar 1976

Stervenshulp wordt gegeven aan patienten die stervende zijn, d.w.z. zieken of gekwetsten wier kwaal of opgelopen traumatische beschadiging volgens de arts, steunende op een reeks klinische aanwijzingen, onomkeerbaar is geworden en binnen een relatief korte tijd de dood voor gevolg zal hebben. In dergelijke gevallen kan de arts afzien van verdere, technisch eventueel nog mogelijke maatregelen.

Vanuit het oogpunt van de arts is het afzien van een behandeling, bijvoorbeeld het zich beperken tot het lenigen van pijn, verantwoord wanneer het verlengen van het leven voor de stervende een onverdraaglijk rekken van het lijden zou betekenen en wanneer de basiskwaal volgens zijn prognose in een onomkeerbaar stadium is gekomen.

Passieve stervenshulp is het afzien van maatregelen die het leven zouden verlengen van dood-zieke patienten. Zij houdt het nalaten of staken in van een geneesmiddelen-behandeling alsook van technische maatregelen zoals toediening van zuurstof, bloedtransfusie, beademing, haemodialyse, kunstmatige voeding.

Appalisch syndroom (Coma Vigile) :

Wanneer een patient blijvend zware bewustzijnsstoornissen ondervindt en bijgevolg niet het minste kontakt meer heeft met zijn omgeving, moet de arts na langdurige observatie oordelen of deze toestand onomkeerbaar is. In dat geval kan hij afzien van verdere levenverlengde maatregelen, zelfs wanneer de patient nog ademt en slikt. De behandeling kan dan beperkt blijven tot loutere verzorging.

Quinlan-uitspraak New Jersey 1976

De basis en het centrale gezichtspunt waarop wij ons oordeel steunen moet de prognose zijn, meer bepaald de prognose in verband met de waarschijnlijkheid van een terugkeer naar een bewust leven,

als zijnde tegengesteld aan de verlenging van het biologische vegeteren, waartoe Karen nu gedwongen wordt.

Mocht er een mirakel gebeuren en mocht Karen voor één ogenblik wakker worden en bij volle bewustzijn zijn, mocht zij zich dan ook duidelijk rekenschap geven van de onomkeerbaarheid van de toestand waarin zij het volgend ogenblik zou hervallen, dan lijdt het geen twijfel dat Karen met grote kordaatheid zou beslissen alle verdere maatregelen stop te zetten die haar leven nog zouden kunnen verlengen, ook al zou zij daardoor haar eigen — natuurlijk — doodvonnis tekenen.

Saikewicz-vonnis Massachussets 1978

Wij moeten een bewusteloze patient hetzelfde recht toekennen om van een behandeling af te zien als wij dat doen tegenover patienten die in volle helderheid van geest kunnen oordelen : de menselijke waardigheid geldt immers in beide gevallen evenzeer als doorslaggevend argument. Nemen wij aan dat een bewusteloze patient zich willens nillens aan een behandeling moet onderwerpen die vele « bewuste » en redelijke patienten afwijzen, dan betekent dit dat wij hem als een tweederangsmens zien, voor wiens menselijke waardigheid en leven wij niet dezelfde eerbied opbrengen.

Ethika-kommissie

Wij keuren iedere poging af om de verantwoordelijkheid voor de uiteindelijke beslissing op de rug te schuiven van een kommissie of andere groep — hetzij ad hoc, hetzij blijvend opgericht.

Dergelijke verantwoordelijkheid kan o.i. niet toegekend worden aan een groep die er aanspraak op maakt « de moraal en het geweten van onze samenleving » te belichamen — en dit ongeacht de mogelijk-bewonderenswaardige motivatie, rang of stand van de leden van dergelijke groep.

Aktieve stervenshulp Filosofisch

Wanneer een efficiënte leniging van ondraaglijk leed niet langer mogelijk is, dan is allicht de grens bereikt tussen « helpen bij het sterven » en « helpen sterven ».

Een arts die uit medelijden deze laatste soort hulp biedt kan in zijn eigen ogen en in die van de patient een moreel-gerechtvaardigde houding aannemen — subjektief.

Het objektieve « geweten » van de gemeenschap mag echter de legitimatie van deze houding niet op zich nemen omwille van de mo-

gelijke gevolgen. Het rechtsapparaat moet met de morele rechtvaardiging in tegenstrijd zijn.

Hier is geen synthese mogelijk, het is een onoplosbaar probleem — en precies daarom geen schijnprobleem.

Persoonlijk, subjektief, zou ik in geval van hoogste nood een arts willen vinden die uit medelijden de wet overtreedt en zwijgt.

Maar artsen de toelating geven om te doden — neen, dat acht ik onmogelijk.

Hans Saner - Basel

Aktieve stervenshulp **medisch**

Ik zou voorstander zijn van aktieve stervenshulp in individuele gevallen, wanneer er voldoende wettelijke maatregelen konden gevonden worden om misbruiken uit te sluiten. Maar dergelijke maatregelen houd ik niet voor mogelijk.

Christian Barnard - Kaapstad

MENSENRECHTEN

1948 Verenigde Naties :
Universele Verklaring van de Rechten van de Mens

Algemene basisprincipes

1950 Raad van Europa :

Konventie ter bescherming van de Rechten en Basisvrijheden van de mens.

Wettelijk beschermd

1976 Raad van Europa :

Rechten van Zieken en Stervenden

Ter ratifikatie

Het individuele recht op vrije keuze en zelfbestemming wordt beperkt door :

— Regels (wetten) die het samen-leven in een gemeenschap mogelijk moeten maken.

De Mensenrechten zijn gebaseerd op het begrip menselijke waardigheid.

Dit begrip wordt gedefinieerd als « redelijke autonomie » (Kant).

Mensenrechten zijn rechten van het individu, niet van de mensheid. Alle mensenrechten zijn gebaseerd op het individuele recht op zelfbestemming.

« Recht » is niet « plicht ». « Recht » betekent dat elk individu in gegeven omstandigheden en op een gegeven ogenblik zelf kan beslissen over het al of niet uitoefenen van een mensenrecht.

De gemeenschap van haar kant is verplicht ieder individu dat die mensenrechten wil uitoefenen, daartoe ook de mogelijkheid te geven.

RECHTEN VAN ZIEKEN EN STERVENDEN

1. Recht op vrijheid
   — opname in of ontslag uit het ziekenhuis
   — afwijzing van een voorgestelde behandeling enz.
2. Recht op persoonlijke waardigheid en integriteit
   — privé-sfeer; geheimhouding
3. Recht op informatie
   — diagnose, therapie, prognose
4. Recht op de passende behandeling
   — passend bij het individu
5. Recht niet te moeten lijden
   Recht in vrede en waardigheid te mogen sterven.

ONTWIKKELING VAN DE GENEESKUNDE

Het ziekterisiko is af-, het behandelingsrisiko toegenomen.

(Roemer, gynekoloog Tübingen)

REDENEN VOOR OVERTREDING VAN DE RECHTEN VAN DE PATIENT DOOR DE ARTS

1. De arts luistert niet naar zijn patient.
2. De artsenopleiding : handelen ! wordt hen daar ingepompt, aan niet- handelen kleeft iets pejoratiefs.
3. Gebrek aan inzicht in de rol van de machines.
4. Te oppervlakkig gebruik van het behandelingsprotokol door nood- en intensive-carediensten.